

*Кожар В.Л., Луд Н.Г., Соболев В.Н.*

УО «Витебский государственный медицинский университет»

**Введение.** После Чернобыльской катастрофы и резкого увеличения заболеваемости РЩЖ Республиканским центром лечения опухолей щитовидной железы разработана стратегия лечения РЩЖ, заключающаяся в удалении всей железы и регионарных лимфатических узлов [1]. Это было обусловлено высокой частотой лимфогенного метастазирования. Прошло более 30 лет применения этой лечебной тактики. В мировой практике все более доминирует органосохранная операция. Учитывая это, интерес представляет изучение биологических особенностей РЩЖ в современных условиях и возможность изменения хирургической тактики [2].

**Цель исследования.** Изучить особенности опухолевого роста и частоту метастазирования РЩЖ на современном этапе как основу выбора объема хирургического лечения.

**Материал и методы.** По данным канцер-регистра изучены результаты лечения 144 пациентов Витебской области, у которых в 2017г. выявлен РЩЖ.

Результаты и обсуждение. Из 144 пациентов женщин было 125 (86,8%), мужчин – 19 (13,2%). Опухоль, классифицируемая как T1, была выявлена у 57 (39,6%) пациентов, T2 – 24 (16,6%), T3 – 61 (42,4%), T4 – 2 (1,4%).)

По структуре гистологического строения рака выявлены: папиллярный – 125 (86,8%), фолликулярный вариант папиллярного рака – 16 (11,1%), медулярный – 2 (1,4%), анапластический – 1 (0,7%).

Таким образом, в настоящее время преобладают высококодифференцированные формы РЩЖ, на которые приходится 97,9% всех случаев.

Проведен анализ частоты метастазирования в регионарные лимфатические узлы в зависимости от размера опухоли, который классифицируется как символ T.

При T1a, самых небольших по размеру опухолях до 10 мм, уже наблюдаются регионарные лимфогенные метастазы, которые бывает трудно выявить при дооперационном обследовании. Чаще они выявляются при гистологическом исследовании после операции.

РЩЖ T1a диагностирован у 39 (27,1%) пациентов. У 11 (28,2%) из них обнаружены регионарные метастазы, причем N1a – у 5 (12,8%), N1b – у 6 (15,4%).

РЩЖ T1b диагностирован у 18 (12,5%). У 8 (44,4%) из них выявлены регионарные метастазы, причем N1a – у 6 (33,3%), N1b – 2 (11,1%). Таким образом, даже при начальном РЩЖ T1 значительная часть пациентов (33,3%), имеют регионарные метастазы, что должно найти отражение в выборе объема хирургического вмешательства.

Группа пациентов РЩЖ с T2 меньше – 24 (16,6%). Увеличение размера опухоли сказывается на частоте метастазирования. У этих пациентов регионарные метастазы выявлены в 41,7% случаев.

Самая многочисленная группа пациентов РЩЖ с T3 – 61 (42,4%). Достаточно часто это классифицируется не размером опухоли более 4-х см., а микропрорастание капсулы железы при гистологическом исследовании препарата опухоли. При РЩЖ T3 частота регионарного метастазирования увеличивается еще больше – 50,1%. РЩЖ T4 диагностирован у 2 (1,4%) пациентов без регионарного метастазирования.

Отдаленные метастазы (M1) выявлены только у 2 (1,4%) пациентов.

Таким образом, проведенный анализ показал высокую агрессивность РЩЖ, которая коррелирует с размером опухоли.

Преобладающим механизмом метастазирования явился лимфогенный в регионарные лимфатические узлы шеи. Данные метастазы выявлены у 60 (41,7%) пациентов, получивших лечение в 2017 году.

Биологической особенностью рака щитовидной железы является возможность одновременного развития опухолевых очагов в нескольких участках одной доли или в обеих долях.

Такой феномен мультицентрического и билатерального роста выявлен у 24 (16,7%) пациентов.

Высокий процент мультицентричности, также как значительная частота лимфогенного метастазирования обуславливают выбор хирургического лечения РЩЖ в объеме тиреоидэктомии с лимфодиссекцией шеи.

#### **Выводы.**

1. Высокодифференцированные формы рака щитовидной железы после Чернобыльской аварии обладают высоким метастатическим потенциалом.

2. Лимфогенное метастазирование в регионарные лимфатические узлы наблюдались у 60 (41,7%) пациентов Витебской области, лечившихся в 2017 году.

3. Частота лимфогенного метастазирования коррелирует с размером опухоли.

4. Явления мультицентричности и билатеральности опухолевого роста являются характерной особенностью РЩЖ.

#### **Литература:**

1. Короткевич, П. Е. Выбор объема хирургического вмешательства при папиллярном раке щитовидной железы / П. Е. Короткевич, Ю. Е. Демидчик, В. В. Барьяш // Медицина. – 2014. – № 2. – С. 51–57.
2. Короткевич, П.Е. Хирургическое лечение папиллярного рака щитовидной железы / П.Е.Короткевич, Ю.Е. Демидчик // Медицина. – 2016. – № 3. – С. 27–38.

**УДК 616.711-002**

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ АЛГОРИТМА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА**

*Корнилов А.В., Петухов В.И., Кубраков К.М., Алексеев Д. А.*

УО «Витебский государственный медицинский университет»

**Введение.** Неспецифические гнойно-воспалительные заболевания позвоночника (НГЗП) представляют собой инфекционное поражение позвоночника пиогенными микроорганизмами с вовлечением в патологический процесс межпозвонкового диска, прилежащих мягких тканей и эпидурального пространства [1].

Диагностика НГЗП на ранних стадиях является сложной задачей. В большинстве случаев данная патология манифестирует двумя основными синдромами: неврологическим и синдромом системного воспалительного ответа (ССВО), которые не являются абсолютно специфичными. Поэтому нередко период между появлением первых признаков заболевания и постановкой диагноза колеблется от 2 недель до 9 месяцев [2]. Такая отсрочка начала целенаправленного лечения достаточно часто приводит к развитию осложнений.

На сегодняшний день тактика лечения НГЗП является достаточно дискуссионным вопросом. Однако все больше авторов склоняется к проведению своевременного оперативного лечения, включающего удаление гнойного очага в пределах здоровых тканей, а также стабилизацию пораженных сегментов [4]. Применение консервативной терапии наиболее приемлемо у пациентов с минимальной неврологической симптоматикой, или без нее, при этом по данным нейровизуализации не должно быть